

FORMULAR: Antrag auf Solidarität für die RIDEF

NAME Vorname.....

Tochter oder Sohn der (vollständigen Namen)

Vater geboren in Datum

Mutter geboren in Datum

Nationalität Pass Nr Pass ausgestellt am (Datum).....

Durch (ausstellenden Behörde)

Gültig bis (Datum)

Geburtsdatum

Geburtsort

Wohnort.....

Postanschrift

E-Mail-Adresse:

Telefon:

Beruf

Aktuelle Position

Funktion/Verantwortlichkeit in der Bewegung.

Monatliches Einkommen

Bank

Konto

Name des Kontoinhabers.....

IBAN

Swift

Ich lege meinem Antrag eine Kopie meines Reisepasses bei.

Ich übernehme vollständig die Visagebühren und Reisekosten für den Kauf des Tickets.

Ich stimme zu, mich in der RIDEF für 10 ganze Tage zu beteiligen und den Mindestbeitrag von 40 € bei meiner Ankunft zu bezahlen.

Datum Ort

Unterschrift

Visa Vorstandsmitglied der Bewegung:

Name Vorname

Funktion: Unterschrift:

Mariel Ducharme

Für den CA der FIMEM